See Вирар. 41

Koltypin (V.) The connection between affections of suprarenal glands and pigmentation of the skin in tuberculosis [in Russian], 8vo. St. P., 1889

Серія диссертацій, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1888—1889 академическомъ году.

15

№ 69.

connection

О СВЯЗИ

affections of suprarenal glands

ЗАБОЛѢВАНІЙ НАДПОЧЕЧНЫХЪ ЖЕЛЕЗЪ

with pigmentation of skin in tuberculosis

СЪ ПИГМЕНТАЦІЕЙ КОЖИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗѢ.

ДИССЕРТАЦІЯ

ПА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Владиміра Колтыпина.

Цензорами, по постановленію конференціи, были профессора: Н. П. Ивановскій, А. Г. Полотебновъ и приватъ-доцентъ К. Л. Сирскій.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія А. Мучника, Литейная, 32.

1889.

Изъ патолого-анатомическаго кабинета профес. **Н. П. Ивановскаго.**

Серія диссертацій, допущенныхъ къ защитѣ въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи въ 1888—1889 академическомъ году.

№ 69.

О СВЯЗИ
ЗАБОЛѢВАНІЙ НАДПОЧЕЧНЫХЪ ЖЕЛЕЗЪ
СЪ ПИГМЕНТАЦІЕЙ КОЖИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗѢ.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

Владиміра Колтыпина.

Цензорами, по постановленію конференціи, были профессора: Н. П. Ивановскій, А. Г. Полотебновъ и приватъ-доцентъ К. Л. Сирскій.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія А. Мучника, Литейная, 32.
1889.

Докторскую диссертацію лекаря **Колтыпина** подъ заглавіемъ „О связи заболѣваній надпочечныхъ железъ съ пигментаціей кожи при туберкулезѣ“, печатать разрѣшается съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено въ конференцію Императорской Военно-Медицинской Академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ. Апрѣля 22 дня 1889 года.

Ученый Секретарь **В. Пашутинъ.**

Надпочечныя железы относятся къ такимъ органамъ, на которые до сихъ поръ весьма мало обращалось вниманія со стороны ученыхъ какъ при изученіи животнаго организма вообще, такъ и человѣка въ особенности.

Причину игнорированія этими органами составляетъ трудность ихъ изученія. На самомъ дѣлѣ, нигдѣ нѣтъ столько пробѣловъ, столько недосказовъ, столько противорѣчащихъ одна другой гипотезъ, сколько встрѣчается при изученіи надпочечныхъ железъ. До послѣдняго времени надпочечныя железы составляли terram incognitam для всѣхъ ученыхъ, пытавшихся ближе подойти къ нимъ съ цѣлью распознать ихъ натуру и ознакомиться съ ихъ ролью въ организмѣ, предначертанною природой.

Не говоря о физіологическомъ ихъ отправленіи, которое и по настоящее время остается вопросомъ неопредѣленнымъ и вообще темнымъ, но даже по вопросу анатомическаго ихъ строенія существовала масса разногласій.

Въ одномъ только анатомы различныхъ временъ сходились между собою во взглядахъ, — это именно въ томъ, что надпочечныя тѣла относили съ давнихъ уже поръ къ группѣ такъ называемыхъ кровеносныхъ железъ.

Но подобный взглядъ, существующій и по настоящее время, нисколько не проливаетъ свѣта на ихъ

строеніе, такъ какъ къ группѣ кровеносныхъ железъ въ настоящее время, кромѣ надпочечныхъ желѣзъ, относятъ переднія доли мозговаго придатка, копчиковую железу и ganglion intercaroticum, за которыми, по словамъ Достоевскаго, вовсе не слѣдуетъ предполагать аналогіи въ анатомическомъ смыслѣ и какого-нибудь опредѣленнаго физіологическаго назначенія. Въ отдѣльную группу они выдѣлены, скорѣе вслѣдствіе того, что функція и назначеніе ихъ совершенно неизвѣстны. При попыткахъ же разобраться въ нихъ гистологически между анатомами до послѣдняго времени происходила масса разногласій.

Въ различные періоды существовали различныя представленія относительно строенія надпочечныхъ железъ. До Ecker'a, т. е. до тѣхъ поръ, пока микроскопъ не былъ примѣненъ для изученія ихъ, о строеніи надпочечныхъ железъ имѣли самое смутное представленіе. Ecker (1846 г.) первый изучалъ ихъ микроскопически. По его мнѣнію, надпочечныя железы суть настоящія железы, т. е. обладаютъ всѣми свойствами и особенностями, приписываемыми истиннымъ железамъ. По тогдашнимъ воззрѣніямъ истиннымъ железамъ приписывались извѣстныя составныя части, безъ которыхъ ни одна железа не можетъ обходиться.

Такъ по Ecker'y железы должны имѣть: 1) Drusenmembran, 2) сѣть кровеносныхъ сосудовъ, 3) клѣточныя ядра и клѣтки; а такъ какъ онъ находилъ всѣ эти составныя части и въ кровеносныхъ железахъ, то онъ и отнесъ ихъ также къ истиннымъ железамъ. Желѣзистые элементы, по Ecker'y, заключены въ корковомъ веществѣ въ особую membranam propriam, такъ что все корковое вещество состоитъ изъ комплеса удлиненныхъ мѣшечковъ, расположенныхъ параллельно другъ другу и идущихъ отвѣсно отъ периферіи къ центру, между этими

железистыми мѣшечками расположены въ видѣ стромы соединительно-тканныя перекладины, кровеносные сосуды и нервы. Мозговое же вещество не содержитъ железистыхъ мѣшечковъ; оно состоитъ изъ 1) сѣти волоконъ, идущихъ отъ соединительно-тканныхъ балокъ корковаго вещества и образующихъ родъ подпорокъ для остальныхъ составныхъ частей; 2) сѣти кровеносныхъ сосудовъ; 3) многочисленныхъ нервныхъ развѣтвленій и 4) паренхимы, состоящей изъ свободной мелкозернистой плазмы съ ядрами и Umhülungskugeln, заключенной въ довольно правильныхъ петляхъ, образованныхъ соединительной тканью, сосудами и нервами.

Такого воззрѣнія держались съ небольшими измѣненіями и послѣдующіе авторы до тѣхъ поръ, пока Келликеръ (1865 г.) не поколебалъ этого воззрѣнія, совершенно отвергая железистые мѣшечки въ корковомъ слоѣ. По его мнѣнію, паренхимные элементы корковаго вещества, также какъ и въ мозговомъ веществѣ, свободно заложены въ соединительно-тканой стромѣ и не заключены въ membranam propriam. Относительно мозговаго вещества надпочечныхъ железъ проявляется еще болѣе путаницы во взглядахъ. Ecker заявляетъ, что въ соединительно-тканой стромѣ мозговаго вещества заключены паренхимные элементы по натурѣ совершенно тождественные съ железистыми элементами корковаго вещества. Келликеръ замѣчаетъ въ мозговомъ веществѣ клѣтки, напоминающія собою нервные элементы. Лушка увѣряетъ, что существенную составную часть мозговаго вещества составляютъ нервныя клѣтки; а Лейденъ считаетъ всѣ клѣточные элементы мозговаго вещества за нервныя клѣтки. Что касается оболочки надпочечныхъ железъ, то по Ecker'у она состоитъ изъ поперечно расположенныхъ соединительно-тканыхъ пучковъ. Изъ оболочки въ различныхъ мѣстахъ отходятъ перпендикулярные пучки

по направленію къ мозговому веществу. Лушка и др. описываютъ ее состоящей изъ пластинчатой соединительной ткани, въ которой заложены эластическія волокна, а по Moers'у и мышечные элементы. По Генле оболочка состоитъ изъ 2 слоевъ—наружнаго рыхлаго съ незначительнымъ количествомъ эластическихъ волоконъ и внутренняго болѣе плотнаго съ густою сѣтью эластическихъ волоконъ.

Послѣдующіе авторы въ главныхъ чертахъ присоединялись или къ воззрѣнію Ecker'a, или Келликера, но расходились съ ними во второстепенныхъ вещахъ. Такъ сторонники Келликера соглашались съ нимъ, что корковое вещество состоитъ изъ соединительной ткани съ заложенными въ ней свободно паренхимными элементами, но не соглашались съ нимъ въ томъ положеніи, что все корковое вещество устроено однообразно и что въ соединительно-тканыхъ петляхъ различной величины лежатъ по нѣсколько клѣтокъ.

По Moers'у въ корковомъ веществѣ заключается два слоя: въ наружныхъ частяхъ соединительная ткань образуетъ большія петли и въ каждой изъ нихъ заключено по 15—20 клѣтокъ; во внутреннихъ же частяхъ соединительно-тканныя петли становятся на столько малыми, что содержатъ только по одной клѣткѣ.

Арнольдъ различаетъ въ корковомъ веществѣ три слоя: клубковидный (Zona geomerulosa), трубчатый (Z. fasciculata) и сѣтчатый (Z. reticularis).

Gotchau различаетъ въ корковомъ веществѣ тоже три слоя, но основываетъ это дѣленіе не на расположеніи соединительной ткани, но на формѣ и особенностяхъ паренхимныхъ клѣтокъ.

Наконецъ, Достоевскій, принявъ въ соображеніе воззрѣнія вышеописанныхъ авторовъ и на основаніи своихъ собственныхъ изслѣдованій надпочечныхъ железъ

человѣка, быка, теленка, барана, свиньи, собаки, кошки, кролика, морской свинки и крысы, пришелъ къ слѣдующему заключенію. Корковое вещество устроено далеко неодинаково у всѣхъ животныхъ, и подводить описаніе его подъ одну рамку — невозможно. Корковое вещество состоитъ изъ интерстиціальной стромы съ заложенными въ ней свободно паренхимными элементами. Онъ не соглашается съ дѣленіемъ корковаго вещества Арнольдомъ на три слоя, а дѣлитъ его только на два: крупнопетлистый и мелкопетлистый. Устройство мозговаго вещества гораздо сложнѣе корковаго. Кромѣ стромы и специфическихъ клѣтокъ, не имѣющихъ ничего общаго съ нервными клѣтками, въ составъ мозговаго вещества входитъ сѣть нервныхъ волоконъ, несомнѣнныя нервныя клѣтки, сѣть своеобразныхъ сосудовъ и наконецъ болѣе или менѣе крупные участки клѣтокъ корковаго вещества, которые Гольмъ, незная ихъ происхожденія, описалъ подъ именемъ клѣтокъ съ сомнительной нервной натурой. Оболочка надпочечныхъ железъ состоитъ изъ соединительно-тканныхъ пучковъ, которые сплочены непосредственно у самаго органа и затѣмъ, постепенно разрыхляясь, переходитъ къ окружающую клѣтчатку. Въ этой оболочкѣ иногда попадаются изолированные участки корковаго вещества. Отъ этой капсулы идетъ въ отвѣсномъ направленіи къ центру органа, цѣлая система перекладинъ вмѣстѣ съ сосудами и нервами. Согласно описанію большинства авторовъ, артеріи, подходящія къ надпочечнымъ железамъ, происходятъ изъ art. diaphragmatica, coeliaca, lumbalis, renalis и непосредственно изъ аорты. Нервы происходятъ главнымъ образомъ изъ gangl. semilunare nervi; sympatici, кромѣ того, по Бергманну, изъ plexus renalis, vagus и phrenicus.

Вотъ въ сжатомъ видѣ краткій очеркъ тѣхъ господствовавшихъ съ давнихъ поръ воззрѣній по настоящее

время относительно анатомическаго строенія надпочечныхъ железъ. Только за послѣдніе годы съ усовершенствованіемъ микроскопа, съ появленіемъ работы Достоевскаго и др., понятіе о строеніи надпочечныхъ железъ встало на болѣе прочную научную почву.

Что же касается пониманія физіологическихъ отправленій надпочечныхъ железъ, то слѣдуетъ сказать, что физіологи до сихъ поръ еще не пришли ни къ какоку научному выводу. До сихъ поръ не знаютъ, какой важности и какая роль выпадаетъ на долю надпочечныхъ железъ въ отправленіи всего животнаго организма. Одни ставятъ ихъ въ связь съ половыми органами (Meckel). Другіе причисляютъ ихъ къ кровеноснымъ железамъ, которыя при переходѣ красной крови въ черную приготовляютъ богатую кислородомъ лимфу (Ф. Арнольдъ).

Бергманнъ вмѣстѣ съ Лушкой, Генле и др. высказываются за ихъ принадлежность къ нервной системѣ.

Келликеръ и Лейдигъ приписываютъ надпочечнымъ железамъ двѣ различныя функціи: корковое вещество принадлежитъ къ кровеноснымъ железамъ, а мозговое— къ нервной системѣ.

Наконецъ, нѣкоторые изслѣдователи ищутъ въ химическомъ составѣ паренхиматознаго сока надпочечныхъ железъ выясненія ихъ назначенія (Zellweger, Vulpiad, Wirchow, I. Арнольдъ, Достоевскій и др.).

Арнольдъ относитъ надпочечныя железы къ органамъ, имѣющимъ вліяніе на химизмъ крови, и сравниваетъ ихъ съ печенью. Это воззрѣніе въ настоящее время пока является господствующимъ и къ нему присоединяется большинство считающихъ надпочечныя железы за причину бронзовой болѣзни. Но это послѣднее воззрѣніе тоже еще не стоитъ на твердой научной почвѣ и на-

сколько оно состоятельно покажутъ будущія изслѣдованія.

Вотъ въ какомъ положеніи находятся понятія объ анатоміи и физіологіи надпочечныхъ железъ по настоящее время *).

Обозрѣвая вышеописанный краткій литературный очеркъ, можно заключить, что еще много темнаго, неяснаго и гадательнаго встрѣчается у ученыхъ при попыткѣ выяснить себѣ натуру и функцію надпочечныхъ железъ.

Плохо усвоивъ себѣ строеніе органовъ и не понимая ихъ отправленій, понятно нѣтъ особенной охоты и желанія заниматься патологическими измѣненіями этихъ органовъ.

Вотъ причина игнорированія надпочечныхъ железъ. Вотъ почему эти органы возбуждали такъ мало интереса среди ученыхъ и почему они такъ мало изслѣдованы по отношенію къ патологическимъ измѣненіямъ. Вообще, гдѣ только упоминается о надпочечныхъ железахъ, о заболѣваніяхъ ихъ говорится очень мало. Къ заболѣваніямъ болѣе часто наблюдаемымъ относятъ хроническое воспаленіе, атрофію, бугорчатку и жировое перерожденіе надпочечныхъ железъ.

Въ работѣ Сатинскаго **) разбираются измѣненія ихъ только при сифилисѣ и при хронической легочной чахоткѣ. Общая картина измѣненій при первомъ страданіи, по наблюденію Сатинскаго, состояла въ признакахъ, характеризующихъ воспаленіе. Измѣненія эти имѣли мѣсто, какъ въ промежуточной ткани, такъ равно и въ клѣточныхъ элементахъ. Въ промежуточной ткани

---

*) Литература по строенію и физіологіи надпочечныхъ железъ мною заимствованы изъ работы *Достоевскаго*: „Матеріалы для микроскопической анатоміи надпочечныхъ железъ“. Дисс. С.-Петербургъ. 1884 года.

**) *Сатинскій*. Матеріалы для патологіи надпочечныхъ тѣлъ. Дисс. С.-Петербургъ. 1872 г.

они характеризуются новообразованіемъ соединительной ткани, обыкновенно начинающимся по направленію сосудовъ. Измѣненія клѣточныхъ элементовъ представляются въ формѣ паренхиматознаго помутнѣнія, или же атрофіи, съ жирной инфильтраціей, жировымъ и пигментнымъ перерожденіемъ съ исчезаніемъ ядеръ. Въ надпочечныхъ тѣлахъ, при конституціональномъ сифилисѣ, какъ и въ другихъ органахъ, могутъ развиваться гуммозныя опухоли, которыя являются въ двухъ формахъ: мягкой и плотной. Возникаютъ онѣ какъ въ старой промежуточной ткани, такъ и во вновь образованной. Въ самыхъ позднихъ періодахъ сифилиса измѣненія въ надпочечныхъ тѣлахъ выражаются амилоиднымъ перерожденіемъ или однихъ только сосудовъ, или совмѣстно съ ними и другихъ тканей органа. При легочной же чахоткѣ надпочечныя тѣла подвергаются некробіотическому распаденію промежуточной ткани и паренхимныхъ элементовъ, въ формѣ жирнозернистаго перерожденія, которое, обыкновенно, является разлитымъ и начинается съ промежуточной ткани. Перерожденіе, какъ промежуточной ткани, такъ и клѣточныхъ элементовъ, занимало, въ большей части случаевъ, наружныя части надпочечныхъ тѣлъ, при чемъ самыя рѣзкія измѣненія принадлежали наружному корковому слою, такъ что съ нѣкоторою вѣроятностью можно допустить, что перерожденіе всегда начинается съ этого слоя.

Д-ръ Richard May, поставившій себѣ задачей изучить измѣненія надпочечныхъ железъ, изслѣдуя 42 трупа, пришелъ къ слѣдующему выводу. Въ надпочечныхъ железахъ всего чаще встрѣчаются мутное набуханіе и жировое перерожденіе, наблюдаемыя при разныхъ заразныхъ заболѣваніяхъ. Если процессъ достигаетъ высокой степени развитія, то имѣется и мелкоклѣточное пропитываніе, доводящее органъ до гнойнаго размяг-

ченія. Толчкомъ къ жировому перерожденію являются болѣзни сердца и легкихъ, равно какъ заболѣваніе сосудовъ и малокровіе. Третье патологическое измѣненіе, часто попадающееся въ надпочечныхъ железахъ, состоитъ въ расширеніи волосняковъ вслѣдствіе застоевъ. Циррозъ надпочечныхъ железъ встрѣтился автору всего только одинъ разъ. Было нѣсколько случаевъ бугорчатки *).

Вообще же весь матеріалъ по патологіи надпочечныхъ железъ нужно сказать очень бѣденъ. Но его было бы въ настоящее время еще менѣе, еслибы не былъ особенно возбужденъ интересъ изслѣдователей съ пятидесятыхъ годовъ тою болѣзненною формою, которая извѣстна подъ именемъ Аддисоновой болѣзни. Со времени обнародованія Addison'омъ своей монографіи о такъ называемой бронзовой кожѣ — «On the constitutional and local effects of diseas of the suprarenal capsules. London, 1855» — начинается новый періодъ для изученія надпочечныхъ железъ; съ этихъ поръ эти органы стали въ особенности привлекать къ себѣ вниманіе клиницистовъ и физіологовъ. Одни ученые стали возводить надпочечники на степень важнѣйшихъ для жизни органовъ, а другіе доказывали противное *). Благодаря этимъ спорамъ, продолжающимся и до сихъ поръ, и выработался тотъ матеріалъ по патологіи надпочечныхъ железъ, который имѣется въ настоящее время.

Такъ какъ противники Аддисоновой болѣзни, отвергающіе всякую связь пигментаціи кожи съ заболѣваніями надпочечныхъ железъ, однимъ изъ аргументовъ опроверженія этой связи поставили тотъ фактъ, что пигментація кожи встрѣчается не только при Адди-

---

*) „Врачъ". 1887 года. № 28, стр. 556.

*) *Галузинскій*. О значеніи надпочечныхъ железъ въ животномъ организмѣ. Дисс. С.-Петербургъ. 1862 года, стр. 1.

соповой болѣзни, при измѣненіяхъ надпочечныхъ железъ, но часто является какъ симптомъ половыхъ, маточныхъ страданій, въ видѣ chloasma uterinum, gravidarum, hystericum, и часто пигментированная кожа въ обширныхъ участкахъ сопровождаетъ ракъ, туберкулёзъ, брюшной тифъ, и др. изнурительныя и худосочныя заболѣванія, то въ виду этого я съ особеннымъ удовольствіемъ принялъ предложеніе многоуважаемаго проф. Николая Петровича Ивановскаго заняться изученіемъ патологическихъ измѣненій надпочечныхъ железъ при туберкулезѣ и о вліяніи ихъ на пигментацію кожи. Не найдется-ли и при этихъ условіяхъ какая—нибудь связь между вышеозначенными заболѣваніями, подобно Аддисоновой болѣзни? Но прежде, чѣмъ приступить къ изложенію возложенной на меня задачи, я считаю необходимымъ предпослать еще нѣсколько словъ о взглядѣ дерматологовъ на пигментацію кожи вообще и объ отношеніи ея къ заболѣваніямъ надпочечныхъ железъ въ частности.

II.

Изъ древней литературы имѣется очень мало свѣдѣній относительно аномаліи пигмента человѣческой кожи. Древнимъ были извѣстны только окрашиванія эпидермиса, свойственныя различнымъ человѣческимъ племенамъ, затѣмъ пигментаціи, происходившія подъ вліяніемъ солнечной теплоты и свѣта и пигментныя пятна, появляющіяся у беременныхъ и при общихъ заболѣваніяхъ. Измѣненія эти описывались ими подъ именемъ ephelidees, chloasma и melasma. Объясняли они ихъ смѣшеніемъ разныхъ соковъ, преимущественно желчи, или въ отвердѣніи соковъ, а также считали ихъ за ожоги или обуг-

ливанія, происходящія подъ вліяніемъ солнца или внутренней теплоты.

Цельсій раздѣляетъ пятна на lenticulae et ephelides. Первые отличаются отъ вторыхъ, бывающихъ только на лицѣ, тѣмъ, что появляются и на другихъ мѣстахъ тѣла.

Пленкъ дѣлитъ ephelides на 5 видовъ: ephelides solaris, ignealis, gravidarum, hepatica et neonatorum.

Алиберъ пигментныя пятна вообще называетъ pannus и дѣлитъ ихъ на 4 вида: 1) pannus lenticularis (веснушки и др.); 2) pannus hepaticus, носящія это названіе по цвѣту печени; 3) pannus melaneus и 4) pannus karateus—эпидемическая болѣзнь жаркихъ странъ.

Всѣ французскіе врачи описываютъ и опредѣляютъ пигментаціи, извѣстныя подъ именемъ ephelides, lentigines, chloasmata и считаютъ ихъ тождественными съ pityriasis versicolor.

Смутное представленіе объ этомъ имѣли и англійскіе врачи; они смѣшивали между собою ephelides, lentigines, chloasma, melasma и pityriasis versicolor, придумывая только для нихъ новыя названія.

Недалеко ушли въ этомъ отношеніи и нѣмецкіе авторы. Франкъ раздѣляетъ lentigines на lentigines naevus (чечевичное пятно), lentigines leprosa (проказныя пятна), lentigines aestiava (веснушки) и lentigines ab igne—бурыя пятна, являющіяся будто-бы у сидящихъ часто вблизи камина. Chloasma (печеночныя пятна) онъ раздѣляетъ на три рода: 1) пятна вслѣдствіе беременности; 2) пятна вслѣдствіе дурныхъ соковъ, а къ 3) вслѣдствіе румянъ.

Только Эйхштедтъ въ 1846 г. отдѣлилъ pityriasis versicolor, называемое древними авторами pannus hepaticus, chloasma hepatica, ephelis, lentigo, какъ пятна, зави-

сящія отъ образованія грибковъ, отъ пятенъ кожи, обусловленныхъ аномаліями пигмента.

Гебра и Капози аномальную пигментацію разсматриваютъ или какъ идіопатическую форму страданія кожи, или какъ слѣдствіе и продуктъ частью извѣстныхъ, частью предполагаемыхъ процессовъ въ тѣхъ или другихъ органахъ тѣла. Пигментъ кожи всегда механически связанъ съ ея роговою тканью и характеризуется тѣмъ, что онъ придаетъ кожѣ различной степени окраску отъ блѣдно-желтаго до чернаго цвѣта.

Аномаліи пигмента наблюдаются какъ у новорожденныхъ, такъ и въ позднѣйшіе періоды жизни въ разнообразныхъ формахъ, на различныхъ мѣстахъ кожи. Поэтому раздѣляютъ ихъ на прирожденныя и пріобрѣтенныя—Naevus и Lentigines, Chloasmata. Къ Lentigines относятся пятна величиною отъ булавочной головки до чечевицы; къ Chloasma—пятна величиною въ ладонь, тарелку и болѣе. Chloasma — Гебра и Капози дѣлятъ на Chloasma, idiopathicum (chl. traumaticum, chl. toxicum, chl. caloricum) и chloasma symptomaticum (chl. uterinum, chl. cachecticorum). Затѣмъ они описываютъ еще аномалію пигмента подъ именемъ Melasma, которая характеризуется тѣмъ, что при ней никогда небываетъ равномѣрной окраски кожи въ темный цвѣтъ, но она является только въ формѣ разсѣянныхъ по тѣлу темныхъ пятенъ, отграниченныхъ другъ отъ друга участками здоровой ткани.

Причины аномаліи пигмента кожи бываютъ различны. Lentigines et ephelides (точкообразныя пигментныя пятна) считаются послѣдними авторами совершенно аналогичными съ образованіемъ пестроты кожи у животныхъ. При этомъ, вѣроятно, играетъ роль иннервація, такъ какъ нѣкоторыя пигментныя пятна располаются на кожѣ въ томъ-же направленіи, какъ Zoster.

На симптоматическую пигментацію (chloasma uterinum,

gravidarum, cachecticorum), которая и составляетъ предметъ нашихъ изслѣдованій, помимо производящей ее ближайшей причины, значительно вліяютъ различныя внѣшнія раздраженія (химическія, термическія, травматическія), а также и мѣсто занимаемое пигментомъ имѣетъ замѣтное вліяніе на большую или меньшую степень окраски. Такъ кожа гладкая, напряженная, молодая, какъ у здоровыхъ, всегда представляется менѣе окрашенной, чѣмъ кожа сморщенная, вялая, старая;—это объясняютъ количествомъ воды, содержащейся въ кожѣ; чѣмъ менѣе воды, тѣмъ кожа дѣлается сморщеннѣе; частицы пигмента сближаются между собой и производятъ впечатлѣніе болѣе темной окраски *).

Профессоръ Полотебновъ аномаліи пигментаціи кожи относитъ либо къ атрофіи пигмента (Vitiligo), либо къ гипертрофіи его (Lentigines, Chloasma и т. п. **).

Въ пожиломъ возрастѣ, говоритъ Берендъ, кожа обыкновенно бываетъ темнѣе окрашена, помимо другихъ измѣненій ея, которыя извѣстны подъ именемъ marasmus senilis.—Анатомическія измѣненія этого состоянія кожи были подробно изучены Neumann'омъ, при чемъ онъ наблюдалъ, между прочемъ, утонченный эпидермисъ, особенно rete Malpighii, который оказался значительно уже, чѣмъ въ нормальномъ состояніи и сильнѣе пигментированнымъ ***).

Пигментъ кожи всегда связанъ въ papilla и matrix съ блуждающими клѣточками, а въ роговѣющихъ и въ ороговѣвшихъ частяхъ онъ всегда связанъ съ протоп-

---

*) Литература по пигментаціи кожи заимствована изъ: „Руководство къ изученію болѣзней кожи" профф. *Гебры и Капози*. Перев. подъ ред. *Полотебнова*, стр. 1—27.

**) *Полотебновъ*. „Дерматологическія изслѣдованія изъ клиники д-ра *Полотебнова*, стр. 199 и 201.

***) *Берендъ*. Болѣзни кожи, въ русскомъ переводѣ стр. 366.

лазмой эпителіальныхъ клѣтокъ. Блуждающія клѣтки исходятъ изъ окружающихъ сосудовъ *).

Частицы пигмента располагаются какъ внутри клѣтокъ нижняго ряда Мальпигіеваго слоя, такъ и между ними **).

Главный источникъ патологическихъ пигментацій составляютъ распадающіеся красные кровяные шарики. Вторымъ источникомъ пигментаціи ткани является желчь. Ненормальная окраска тканей можетъ зависѣть также отъ отложенія въ нихъ постороннихъ веществъ, поступившихъ извнѣ. Слѣдуетъ упомянуть еще здѣсь объ окрашиваніи, происходящемъ подъ вліяніемъ бактерій (измѣненіе цвѣта молока, синій гной). Наконецъ, при различныхъ патологическихъ пигментаціяхъ кожи (въ разлитой формѣ при Аддисоновой болѣзни и въ ограниченной при пигментныхъ родимыхъ пятнахъ и т. д.) красящее вещество, можетъ быть, вырабатывается самими клѣточными элементами подобно тому, какъ нормально оно образуется напр. въ сосудистой оболочкѣ глаза ***).

Другіе авторы за источникъ образованія пигмента кожи считаютъ кровь сосочковыхъ сосудовъ, откуда получается также и матеріалъ для образованія новыхъ клѣтокъ эпидермоидальнаго слоя (Бѣсядецкій. Пягенштехеръ).

Стало быть, усиленная или уменьшенная пигментація кожи данной области зависитъ отъ количества пигмента, поступившаго изъ крови сосочковыхъ сосудовъ. Появилась какая-нибудь причина въ организмѣ для образованія усиленнаго пигмента въ крови,—появилась

---

*) Медицинское Обозрѣніе 1885 года. Томъ 23 стр. 1880. *Riehl.*

**) *Гебры* и *Капози.* L. c.

***) *Ивановскій.* Учебникъ патологической анатоміи. 1882 года, стр. 729—731.

возможность усиленно пигментироваться и кожѣ. И къ какой области кожи поступитъ болѣе крови, та и будетъ болѣе интензивно окрашена. А такъ какъ при дискразіяхъ встрѣчаются большею частью значительныя препятствія для правильнаго распредѣленія крови по тѣлу, то это обстоятельство и служитъ главнымъ благопріятствующимъ, по моему мнѣнію, моментомъ для неравномѣрнаго распредѣленія пигмента въ кожѣ.

Вотъ почему и можно видѣть усиленную, а также и неравномѣрную пигментацію при туберкулезѣ, при ракѣ, febris intermittens, сифилисѣ (Hardy), брюшномъ тифѣ (Litten, Krocker *) и при другихъ заболѣваніяхъ.

По Беренду, при изнурительныхъ болѣзняхъ, а также и при чахоткѣ, нерѣдко встрѣчается chloasma cachecticorum въ такой степени, что лице подобныхъ больныхъ кажется покрытымъ какъ-бы темножелтою маскою. А въ виду того, что chloasma cachecticorum сопровождаютъ многія инфекціонныя, а также и другія изнурительныя болѣзни, то Берендъ и непризнаетъ ихъ связи съ какою-либо спеціальною болѣзнью, тѣмъ болѣе, что при подобныхъ-же условіяхъ приходится наблюдать и обратное измѣненіе, именно отсутствіе пигмента **).

Теперь слѣдуетъ перейти къ литературѣ о связи заболѣваній надпочечныхъ железъ при туберкулезѣ съ пигментаціей кожи.

Со времени обнародованія извѣстной работы Addison'а много было разсужденій различнаго характера по поводу связи пигментаціи кожи съ заболѣваніями надпочечныхъ железъ. Клиническій профессоръ Addison уже съ давнихъ поръ искалъ объясненія происхожденія такъ

---

*) *Litten*. Мед. Обозр. Томъ 13-й. *Krocker*. Мед. Обозр. Томъ 15-й за 1881 годъ.

**) *Берендъ*. L. c. стр. 366.

называемыхъ въ его время идіопатическихъ анемій, т. е. такого рода анемій, гдѣ даже самая внимательная секція не могла объяснить производящей ихъ причины. Разбирая каждый разъ со всею тщательностью происхожденіе подобной анеміи, онъ совершенно случайно натолкнулся на замѣчательный фактъ, что между подобными анеміями и пораженіемъ надпочечныхъ железъ существуетъ прямая зависимость. Съ этого открытія появилась новая болѣзнь, извѣстная подъ именемъ Аддисоновой болѣзни, которая, выражаясь постоянно одними и тѣми-же признаками, между прочимъ и пигментаціей кожи, зависѣла, по мнѣнію самого Addisona и сторонниковъ его, отъ пораженія надпочечныхъ железъ *).

Открытіе Addison'а въ 1855 году на столько заинтересовало клиницистовъ, что, кромѣ 11 его собственныхъ наблюденій, къ концу 1861 г., Галузинскій могъ собрать для своей работы 105 исторій аддисоновскихъ болѣзней. При разборѣ ихъ, хотя съ большой недовѣрчивостью и неохотой, но все-таки Галузинскій насчитываетъ въ нихъ 14 случаевъ, въ которыхъ, при наличности всѣхъ симптомовъ аддисоновой болѣзни, при вскрытіи обнаружено исключительно пораженіе однѣхъ только надпочечныхъ железъ. За тѣмъ въ 72 случаяхъ заболѣванія надпочечныхъ железъ сопровождались одновременнымъ пораженіемъ другихъ органовъ, изъ нихъ въ 51 случаѣ наблюдался туберкулёзный процессъ. При этомъ Галузинскій еще выдѣляетъ три случая въ отдѣльную группу, гдѣ будто-бы имѣлись признаки аддисоновой болѣзни при врожденномъ отсутствіи надпочечныхъ железъ. Подобные факты, хотя состоящіе только изъ 3-хъ наблюденій, сильно подрываютъ всякую гипотезу о связи пигментаціи кожи съ заболѣваніями над-

*) *Галузинскій.* L. c. стр. 4.

почечныхъ железъ. Но, относясь критически къ этимъ наблюденіямъ, является сильное сомнѣніе, чтобы эти, приведенные Галузинскимъ случаи, имѣли какое-нибудь отношеніе къ аддисоновой болѣзни. Первое наблюденіе Fletcher'a относится къ 37 лѣтней женщинѣ, у которой 4 года передъ тѣмъ во время трудныхъ родовъ разорвалась промежность и съ тѣхъ поръ кожа ея мало-по-малу получила бронзовый цвѣтъ.—Въ этомъ наблюденіи о признакахъ аддисоновой болѣзни совсѣмъ не упоминается, а что если появилась послѣ разрыва промежности пигментація кожи, то послѣдняя довольно часто сопровождаетъ всевозможныя травматическія поврежденія подъ именемъ той аномаліи пигментаціи, которая извѣстна у дерматологовъ подъ именемъ chloasma traumaticum, ничего общаго съ заболѣваніемъ надпочечныхъ железъ не имѣющая. Въ двухъ остальныхъ наблюденіямъ, приведенныхъ Галузинскимъ, произведенныхъ Kent-Spender'омъ, глухо говорится, что года три тому назадъ появилось бронзовое окрашиваніе,—при секціи надпочечныхъ железъ не найдено (?). Эти два случая, по моему мнѣнію, нужно поставить подъ знакъ вопросъ и отнести ихъ къ 4-й группѣ, куда собраны Галузинскимъ наблюденія безъ секцій и случаи съ сомнительнымъ діагнозомъ, а не относить ихъ къ группѣ, подрывающей всякое значеніе надпочечныхъ железъ при аддисоновой болѣзни.—Остальные 27 случаевъ изъ 116, Голузинскій относитъ къ вышеупомянутой 4-й группѣ, куда вошли тѣ наблюденія, въ которыхъ не сдѣлана была секція по случаю выздоровленія больныхъ, или по другимъ причинамъ, или такія, описанія которыхъ, по его словамъ, не позволяетъ сдѣлать положительнаго и даже никакого заключенія о болѣзненныхъ процессахъ въ надпочечныхъ железахъ.

Замѣчательно то, что Галузинскій, не симпатизируя взглядамъ Addison'a,—въ наблюденіяхъ какъ самого Addi-

son'a. такъ и сторонниковъ его, видитъ недостаточную точность и безпристрастіе, а иногда очень даже сомнительную подготовленость авторовъ - наблюдателей къ научнымъ изслѣдованіямъ *). Но между тѣмъ въ тѣхъ наблюденіяхъ, которыя по его мнѣнію рѣшительно подрываютъ вопросъ о зависимости извѣстныхъ явленій аддисоновой болѣзни отъ пораженій надпочечныхъ железъ, какъ въ вышеупомянутыхъ трехъ случаяхъ,—онъ этой неточности и сомнительной подготовки для наблюденій не допускаетъ. Подобный маневръ опроверженія или доказательства какого-либо взгляда производитъ весьма дурное впечатлѣніе на всю работу автора, какъ человѣка пристрастнаго, желающаго извѣстною подтасовкою фактовъ провести во чтобы-то ни стало тотъ или другой взглядъ.

Много было сомнѣній и разногласій между клиницистами по поводу аддисоновой болѣзни, но борьба эта еще болѣе усилилась, когда были произведены экспериментальные опыты съ вырѣзываніемъ надпочечныхъ железъ у различныхъ животныхъ многими авторитетными физіологами, при чемъ также получились діаметрально противоположные результаты.

Такъ извѣстный физіологъ Brown-Sequard въ своихъ многочисленныхъ опытахъ надъ морскими свинками, собаками, кошками, мышами и особенно надъ кроликами пришелъ къ тому заключенію, что надпочечныя железы вообще относятся къ важнымъ для жизни органамъ и животныя умираютъ послѣ вырѣзыванія надпочечныхъ железъ съ увеличеннымъ количествомъ пигмента въ крови. На основаніи своихъ опытовъ онъ строитъ такую теорію, по которой надпочечныя железы должны какимъ-то образомъ измѣнять пигментъ, находящійся въ крови,

---

*) *Галузинскій.* L. c. стр. 11.

и въ случаѣ болѣзненнаго ихъ состоянія, пигментъ этотъ отлагается въ значительномъ количествѣ въ разныхъ тканяхъ, какъ это бываетъ и въ аддисоновой болѣзни.

Другіе физіологи (Philippeaux, Gratiolet, Harley и др.), провѣряя опыты Brown-Sequard'a, пришли совершенно къ противоположнымъ результатамъ, въ которыхъ отвергается принадлежность надпочекъ къ важнымъ для жизни органамъ и не подтверждается увеличеніе пигмента *).

Nothnagel, дѣлая экспериментальные опыты надъ животными съ цѣлью искусственно вызвать аддисонову болѣзнь посредствомъ раздавливанія надпочечныхъ железъ, пришелъ къ слѣдующему заключенію: разрушеніе одного или обоихъ надпочечниковъ, превращеніе ихъ въ казеозную массу или чисто фиброзную ткань можетъ существовать въ животномъ въ теченіи цѣлыхъ недѣль, мѣсяцевъ и лѣтъ безъ того, чтобы это обнаружилось какими-либо симптомами. Слѣдовательно, явленія, наблюдаемыя при аддисоновой болѣзни, не зависятъ непосредственно отъ заболѣванія надпочечныхъ железъ **).

Churton сообщаетъ о своихъ 10 случаяхъ, гдѣ при вскрытіи найдены были измѣненія надпочечныхъ железъ, а при жизни не было наблюдаемо никакихъ явленій, свойственныхъ аддисоновой болѣзни ***).

Не смотря на такіе сильные доводы, говорящіе противъ самостоятельнаго проявленія аддисоновой болѣзни, доводы, проведенные на научныхъ экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ, но тѣмъ не менѣе существуютъ настолько же сильные и вѣскіе факты, говорящіе за самостоятельность аддисоновой болѣзни.

---

*) *Галузинскій.* L. c., стр. 8—11.
**) Мед. Обозр. Томъ 13. 1880 г.
***) Мед. Обозр. Томъ 28. 1887 г., стр. 452.

Бѣляевъ сообщаетъ о случаѣ аддисоновой болѣзни, провѣренномъ вскрытіемъ, у новорожденнаго ребенка, гдѣ начало развитія аддисоновой болѣзни, внѣ всякаго сомнѣнія, должно быть отнесено еще къ внутриутробной жизни дитяти. И при этомъ вполнѣ удовлетворительное питаніе новорожденнаго ребенка въ данномъ случаѣ вполнѣ отвергаетъ кахэктическое происхожденіе аномальной пигментаціи. Надпочечныя железы оказались кистовидно перерожденными *).

Наконецъ, отсутствіе пигмента при пораженіяхъ надпочечныхъ железъ не есть достаточный мотивъ къ опроверженію существованія аддисоновой болѣзни, такъ какъ темный цвѣтъ кожи при аддисоновой болѣзни появляется лишь постепенно, а если больной умираетъ, прежде чѣмъ эта окраска успѣетъ достичь высокой степени, то ее легко можно проглядѣть **). Тоже и Труссо говоритъ, что особенное окрашиваніе кожи при аддисоновой болѣзни обыкновенно является только въ то время, когда болѣзнь значительно уже подвинулась впередъ ***).

Берендъ, описывая различнаго рода аномаліи пигментаціи кожи, упоминаетъ о пигментаціи при аддисоновой болѣзни, отличающейся отъ другихъ аномалій тѣмъ, что является всегда совмѣстно съ пятнистою окраскою видимыхъ слизистыхъ оболочекъ. Пораженные этою болѣзнью субъекты погибаютъ спустя довольно долгое время отъ маразма. Существенное, хотя и не постоянное измѣненіе, находимое при вскрытіи, представляетъ хроническое воспалительное состояніе надпочечныхъ железъ и plexus coeliacus ****).

---

*) Мед. Обозр. 1886 г. Томъ 25, стр. 51.

**) *Нимейеръ*. Частная патологія и терапія. Томъ III, стр. 148.

***) Мед. Обозр. 1886 г. Т. 25, стр. 51.

****) *Берендъ*. L. c., стр. 366.

По мнѣнію профессора Semmola аддисоновая болѣзнь представляетъ глубокое разстройство питанія, вызванное страданіемъ узловыхъ нервныхъ центровъ, а измѣненія, находимыя въ большей части случаевъ въ надпочечныхъ железахъ, составляютъ результатъ трофическихъ разстройствъ, послѣдовавшихъ за страданіемъ симпатическаго нерва. Принявъ такой взглядъ на патогенію аддисоновой болѣзни, всѣ характерные припадки ея, какъ пищеварительныя разстройства, кахексія, астенія, пониженіе температуры тѣла и пр., нужно признать за послѣдствія заболѣванія узловыхъ центровъ, управляющихъ въ тѣлѣ всѣми растительными процессами. Что касается бронзоваго окрашиванія кожи, то его, по автору, никакъ нельзя относить къ страданію надпочечныхъ железъ, такъ какъ оно наблюдается и безъ какого-либо измѣненія въ послѣднихъ, а съ другой стороны гипотеза о трофическомъ вліяніи симпатической системы на развитіе пигментовъ не встрѣчаетъ никакого серьезнаго противорѣчія, и въ пользу этой гипотезы авторъ приводитъ терапевтическій эффектъ электрическаго лѣченія, отъ котораго у одного больнаго аддисоновой болѣзнью пигментація совершенно исчезла. И такъ основу аддисоновой болѣзни Semmola видитъ въ функціональномъ, а затѣмъ и въ какомъ-либо гистологическомъ измѣненіи брюшной симпатической системы. Смотря по мѣсту измѣненія симпатическихъ узловъ, наступаютъ въ тѣлѣ трофическія пораженія тѣхъ или другихъ органовъ, въ томъ числѣ надпочечныхъ железъ; но всѣ такія измѣненія будутъ, конечно, послѣдовательными страданіями, а не исходною точкою самой болѣзни.

Вопросъ о томъ, всякое ли перерожденіе узловъ брюшной симпатической системы обусловливаетъ группу припадковъ аддисоновой болѣзни, или послѣдняя вызывается какою-либо спеціальною причиною, подѣйство-

вавшею на узлы — при настоящемъ состояніи науки не можетъ быть рѣшенъ положительно *).

Самостоятельная гипертрофія пигмента, типомъ которой можетъ служить аддисоновая болѣзнь, по мнѣнію профессора Полотебнова, весьма часто зависитъ отъ заболѣванія нервной системы. Заболѣваніе надпочечныхъ железъ, по его мнѣнію, не составляетъ необходимой принадлежности аддисоновой болѣзни, выражающейся главнымъ образомъ упадкомъ питанія, общею слабостью и другими общими припадками. Доказательность происхожденія гипертрофіи пигмента была бы, по мнѣнію проф. Полотебнова, болѣе убѣдительною, если бы въ каждомъ случаѣ аддисоновой болѣзни постоянно обращалось вниманіе на состояніе нервной системы. Между тѣмъ на измѣненія послѣдней при аддисоновой болѣзни даже при вскрытіяхъ весьма мало обращали вниманія, особенно на измѣненія въ симпатической нервной системѣ и спинномъ мозгу. При этомъ проф. Полотебновъ указываетъ на 154 вскрытія Morb. Ad., изъ которыхъ только въ 33 случаяхъ былъ изслѣдованъ симпатическій нервъ, и то въ 21 изъ 33 найдены были разнообразныя измѣненія въ plexus solaris, въ ganglion semilunare, N. Symphatici **).

Не мѣшаетъ именно здѣсь упомянуть о двухъ работахъ, направленныхъ на изслѣдованія измѣненій сочувственной нервной системы у чахоточныхъ, именно Скабичевскаго и Жданова.

По мнѣнію перваго, какъ стволы, такъ и узлы n. sympatici были поражены хроническимъ сосудо-грануляціоннымъ воспаленіемъ, ведущимъ къ разращенію соединительной ткани и сдавливанію нервныхъ элементовъ

---

*) Мед. Обозр. 1882 года. Томъ 17-й.

**) *Полотебновъ*. L. c., стр. 199—204.

съ послѣдующей атрофіей, выражающейся въ нервныхъ клѣткахъ уменьшеніемъ объема и пигментнымъ жировымъ перерожденіемъ. Исходнымъ пунктомъ пораженія нервныхъ узловъ служили творожисто-перерожденныя бронхіальныя железы *).

Ждановъ въ шейныхъ гангліяхъ у чахоточныхъ нашелъ: рѣзко выраженную пигментацію нервныхъ клѣтокъ; явленія венозной гипереміи въ ткани узловыхъ образованій; отечное состояніе ткани узла, выражающееся въ увеличеніи периваскулярныхъ пространствъ и сморщиванія отдѣльныхъ клѣтокъ. Онъ отвергаетъ сосудисто-грануляціонное воспаленіе въ шейныхъ узлахъ пограничнаго ствола симпатической нервной системы, какъ то утверждаетъ Скабичевскій **).

Левинъ ***), провѣряя изслѣдованія Скабичевскаго и Жданова, на основаніи своихъ опытовъ склоненъ скорѣе отвергать всякую связь чахотки съ функціональными разстройствами симпатической нервной системы въ легкихъ.

Оканчивая литературу, не лишнимъ считаю сообщить о двухъ интересныхъ случаяхъ, описанныхъ Crocker и Carrington, общей бронзировки кожи безъ конституціональныхъ симптомовъ у двухъ моряковъ, 22 и 25 лѣтъ, пользовавшихся полнымъ цвѣтущимъ здоровьемъ, послѣ перенесенія ими дурной погоды въ морѣ, въ теченіе нѣсколькихъ дней, а у послѣдняго изъ нихъ въ теченіе одного дня, развилась стаціонарная пигментація кожи. Леченіе въ обоихъ случаяхъ осталось столь же безъуспѣшно, какъ и отыскиваніе причины заболѣванія кожи ****).

---

*) „Врачъ". 1882 г. № 2-й.

**) Мед. Обозр. 1885 г. Т. 23-й, стр. 505—511.

***) „Врачъ" 1886 г. № 43-й, стр. 765.

****) Мед. Обозр. 1882 г. Т. 17.

Jeannin сообщаетъ случай пигментаціи кожи при легочной чахоткѣ безъ измѣненія надпочечныхъ железъ *).

Nieszkowsky наблюдалъ случай кожныхъ пятенъ безъ пораженія надпочечныхъ железъ у мущины 39 лѣтъ съ миліарной бугорчаткой легкихъ **).

Вотъ все что мнѣ извѣстно изъ русской и иностранной литературы о связи заболѣваній надпочечныхъ железъ съ пигментаціей кожи. Но литературный матеріалъ почти всецѣло касался взглядовъ на аддисоновую болѣзнь. Распространяться же такъ много про аддисоновую болѣзнь я позволилъ себѣ потому, что тотъ или другой взглядъ на нее нѣкоторымъ, хотя косвеннымъ, путемъ имѣетъ предрѣшающее значеніе по вопросу происхожденія пигментаціи кожи при туберкулезѣ. Теперь, закончивъ литературный очеркъ, приступаю къ описанію моей собственной работы.

III.

Матеріалъ для изслѣдованій былъ братъ мною при вскрытіяхъ въ академическомъ патолого-анатомическомъ кабинетѣ и при Обуховской больницѣ. При этомъ выбирались такіе случаи, гдѣ туберкулезъ по анатомо-патологической картинѣ давалъ представленіе объ общемъ болѣе или менѣе распространенномъ, а не мѣстномъ туберкулезѣ. Такихъ случаевъ общаго туберкулеза мною собрано 32. Изъ нихъ въ большинствѣ бугорки и туберкулезныя язвы констатированы были въ легкихъ и кишкахъ.

Надпочечныя железы вырѣзались обѣ цѣликомъ, а кусокъ кожи мною брался съ внутренней поверхности

*) *Jeannin.* Pigmentations Cutanèes dans la Phthisie pulmonaire Thèse. Paris. 1869.

**) Gaz. des Hôpiteaux. 1867 г., 5 Nov.

или плеча, или бедра, съ цѣлью выбирая менѣе излюбленныя мѣста для пигментаціи, чтобы судить болѣе вѣрно о силѣ развитія аномальнаго процесса.

Макроскопическій осмотръ надпочечныхъ железъ во многихъ случаяхъ не давалъ никакого опредѣленнаго представленія о состояніи этихъ органовъ, о силѣ и характерѣ какого-нибудь заболѣванія. Вѣсъ ихъ былъ весьма различный и подвергался иногда значительнымъ колебаніямъ не только въ различныхъ случаяхъ, но даже между двумя железами взятыми изъ одного и тогоже трупа. Общій вѣсъ вращался между 53 и 250 гранъ. Соотвѣтственно вѣсу измѣнились и размѣры ихъ въ длину и ширину. Цифры вращенія длины 3,7—7,0 ст., а ширины 2,0—4,0 ст. При этомъ въ большинствѣ случаевъ болѣе крупный вѣсъ и размѣры выпадали на долю лѣвыхъ надпочечныхъ железъ. О патологическихъ измѣненіихъ железъ по одному макроскопич. виду судить было довольно затруднительно, такъ какъ, и исключая видимо рѣзкихъ измѣненій, они отличались другъ отъ друга только массивностью, формой, цвѣтомъ и содержаніемъ большаго или меньшаго количества крови. Изъ немногихъ видимо рѣзкихъ измѣненій въ одномъ случаѣ (114 прот.) на правой надпочкѣ наблюдалась киста съ серознымъ содержимымъ, величиною съ грецкій орѣхъ; сама же железа, составляя стѣнки кисты, представляла безформенную массу темнобураго цвѣта, рыхлой консистенціи, съ трудомъ отличаемой отъ окружающей ее клѣтчатки. На лѣвой же надпочкѣ, въ томъ же случаѣ, блѣдно розоваго цвѣта подъ капсулой усматривались сѣроватые узелки, числомъ болѣе 10. Въ одномъ случаѣ (111 прот.) на лѣвой надпочкѣ наблюдалась имморагическая полоса по всей длинѣ органа. Во многихъ случаяхъ при поперечномъ разрѣзѣ замѣчалась въ центрѣ большей или меньшей величины полость, или на мѣстѣ перехода корковаго вещества въ мозговое болѣе

или менѣе рыхлая темная полоса. Затѣмъ въ нѣкоторыхъ железахъ можно было макроскопически отмѣтить творожистые процессы.

Вотъ и все, что только можно было подмѣтить при макроскопическомъ осмотрѣ железъ.

Что же касается кожи, то при макроскопическомъ осмотрѣ даже при значительной пигментаціи ее трудно отличить отъ нормальной. По этому большее вниманіе обращалось на патолого-анатомическія измѣненія при микроскопическомъ изслѣдованіи, для чего матеріалъ отъ всѣхъ 32 случаевъ подвергался для болѣе удобнаго приготовленія микроскопическихъ препаратовъ предварительной обработкѣ.

Послѣ осмотра макроскопическимъ путемъ железы и кусокъ кожи разрѣзались на маленькіе кусочки и затѣмъ заключались въ Мюллеровскую жидкость въ отдѣльныя баночки. Въ этой уплотняющей и фиксирующей жидкости они находились отъ 3-хъ до 4-хъ недѣль, при чемъ въ первую недѣлю жидкость мѣнялась ежедневно, а въ послѣдующіе дни черезъ два, три дня и долѣе, пока жидкость не теряла своей прозрачности. По окончаніи этого срока Мюллеровская жидкость сливалась, и железы съ кожей подвергались суточной промывкѣ проточной водой. Затѣмъ заливались онѣ 95° спиртомъ по поламъ съ водой, или просто водкой и ставились въ темное мѣсто для лучшаго и скорѣйшаго выдѣленія хромовыхъ солей изъ тканей въ растворъ. Черезъ сутки или двое слабый спиртъ, послѣ того какъ онъ переставалъ окрашиваться хромовыми солями, замѣнялся 95° спиртомъ для большаго уплотнѣнія и храненія матеріала. Чтобы удобнѣе было дѣлать срѣзы изъ железъ, я старался придать имъ насколько возможно большую плотность посредствомъ заливки въ целлоидинъ, для чего предварительно, для отнятія воды изъ тканей, а главное чтобы не портить

целлоидина, заключалъ ихъ на сутки въ абсолютный спиртъ. Целлоидинъ приготовлялся въ двухъ видахъ: жидкій—консистенціи глицерина для заливки препаратовъ, и густой—для наклеиванія на пробки. Для означенной цѣли извѣстное количество целлоидина растворялось въ абсолютномъ спиртѣ пополамъ съ эфиромъ. Въ жидкомъ целлоидинѣ ткани держались отъ 5 до 7 дней въ закрытыхъ съ притертыми пробками банкахъ. Послѣ онѣ выливались въ широкія, небольшія плоскодонныя чашечки, неплотно прикрываемыя крышкой для удобнаго и постепеннаго испаренія эфира, послѣ чего черезъ сутки целлоидинъ совершенно отвердѣвалъ и изъ него вырѣзались кусочки ткани и наклеивались на пробки густымъ целлоидиномъ. Пробки съ наклеенными на нихъ кусочками ткани опускались въ слабый спиртъ, въ которомъ целлоидинъ мутнѣлъ и принималъ хрящеватый видъ. Черезъ 2 — 3 часа изъ приготовленной такимъ образомъ ткани можно дѣлать срѣзы для микроскопическихъ препаратовъ. Я же приступалъ къ срѣзамъ не ранѣе сутокъ послѣ пребыванія пробокъ въ слабомъ спиртѣ. Срѣзы дѣлались бритвой на микротомѣ.

Затѣмъ срѣзы подвергались двойной окраскѣ: ядерной—гематоксилиномъ и фоновой — эозиномъ, а послѣ переносились на стекло и задѣлывались въ канадскій бальзамъ.

Такъ поступалось вначалѣ и съ препаратами кожи, они также подвергались двойной окраскѣ, но, замѣтя, что окрашиваніе это затемняетъ очень Мальпигіевый слой и затрудняетъ черезъ это оріентированіе относительно присутствія и количества пигмента, я на 8-мъ случаѣ оставилъ уже эту окраску, и по совѣту профессора Николая Петровича Ивановскаго, кожные препараты, ничѣмъ не окрашивая, прямо задѣлывалъ въ канадскій бальзамъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи надпочечныхъ железъ въ нихъ замѣчены были различныя патологическія измѣненія. Такъ въ нихъ замѣчались различные виды измѣненій сосудовъ, развитіе соединительной ткани, инфекціонная и простая воспалительная инфильтрація, дегенеративные процессы:—мутное набуханіе, жировое перерожденіе, амилоидное перерожденіе и творожистый распадъ въ болѣе или менѣе значительныхъ участкахъ. Всѣ эти аномаліи порознь не составляли исключительнаго и единственнаго проявленія какой-нибудь железы взятой въ отдѣльности, а встрѣчались въ различныхъ комбинаціяхъ по нѣсколько заразъ въ одной и той же железѣ, осложняя и дополняя другъ друга, конечно, съ преобладаніемъ того или другаго процесса. По частотѣ повторенія эти патологическіе процессы должны быть распредѣлены въ слѣдующемъ порядкѣ. На первомъ планѣ слѣдуетъ поставить измѣненія въ сосудахъ, такъ какъ чуть не во всѣхъ случаяхъ замѣчался какой-нибудь видъ этихъ измѣненій: расширеніе и набитіе сосудовъ кровяными шариками, утолщеніе и измѣненіе стѣнокъ сосудовъ, послѣдствіемъ чего было усиленная трансудація, экстравазація и подъ часъ довольно значительныя геморрагіи. На второмъ мѣстѣ по частотѣ появленія слѣдуетъ поставить грануляціонную инфильтрацію различной степени и происхожденія. Затѣмъ жировое перерожденіе, мутное набуханіе и творожистый распадъ клѣточныхъ элементовъ; послѣ развитіе соединительной ткани, амилоидное перерожденіе и въ одномъ случаѣ былъ тромбъ.

Для большей наглядности проявленія патологическихъ процессовъ въ надпочечныхъ железахъ приведу въ примѣръ нѣсколько рѣзкихъ микроскопическихъ картинъ.

1) Протоколъ 111 изъ патолого-анат. кабинета. Ря-

довой Осипъ Радомскій, 22 л.; умеръ 27 мая 1888 года. Бугорки въ легкихъ и кишкахъ. — Микроскопическое изслѣдованіе. Капсула уплотнѣна, мѣстами инфильтрирована грануляціонными клѣтками, ядра которыхъ рѣзко окрашены гематоксилиномъ; грануляціи особенно густо располагаются вокругъ сосудовъ; нѣкоторые сосуды расширены и набиты кровяными шариками, въ другихъ замѣчаются утолщенныя стѣнки. Подъ капсулой замѣчается сильно инфильтрированный тонкій ободокъ сохранившейся паренхимы корковаго вещества, располагающійся въ предѣлахъ клубковиднаго слоя (Zona glamerulosa). Этотъ ободокъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ занимаетъ всю толщу клубковиднаго слоя, а въ нѣкоторыхъ до того тонокъ, что кромѣ шнуровидной полосы инфильтраціи ничего въ немъ не замѣчается. Инфильтрація въ zona glomerulosa состоитъ изъ клѣтокъ различной величины и формы, но преимущественно попадается мелкоклѣтчатая инфильтрація. Клубочки вполнѣ сохранившіеся встрѣчаются весьма рѣдко, но большею частью отдѣльныя клѣтки разбросаны въ безпорядкѣ и перемѣшаны съ лимфоидными тѣльцами. Затѣмъ, идя далѣе въ глубь органа, замѣчаемъ, что трубчатый слой (zona fasciculata) почти весь творожисто перерожденъ, кое-гдѣ попадаются, какъ бы вкрапленные въ творожистую массу, сохранившіеся клѣточные элементы трубчатаго слоя. Этотъ распадъ проникаетъ до послѣдняго слоя корковаго вещества (zona reticularis), мѣстами захватывая и его, и достигаетъ такимъ образомъ до мозговаго вещества. Слѣдя же за этимъ процессомъ вдоль железы справа на лѣво, мѣстами встрѣчается, гдѣ этотъ процессъ рѣзко обрывается и переходитъ въ нормальную ткань, въ мѣстѣ же перехода больной въ здоровую ткань замѣчается сильная инфильтрація, еще болѣе оттѣняющая этотъ переходъ. Въ мозговомъ веществѣ этого распада не встрѣ-

чается, но за то замѣчается общая мелкоклѣтчатая инфильтрація, мѣстами расположенная въ видѣ островковъ, какъ бы вдвинутыхъ между клѣточными элементами, и вокругъ нѣкоторыхъ сосудовъ. Въ сохранившейся, хотя и инфильтрированной, паренхимѣ органа какъ корковаго, такъ и мозговаго вещества попадаются сильно расширенные капилляры, набитые кровяными шариками. Въ одномъ мѣстѣ въ паренхимѣ органа замѣчается большой островокъ соединительной ткани, отдѣляющійся отъ капсулы довольно значительнымъ слоемъ zonae glomerulosae. Въ немъ видѣнъ большой сосудъ съ утолщенными стѣнками, а также нѣсколько и небольшихъ сосудовъ и нервовъ.

2) Протоколъ 443-й изъ Обуховской больницы. Финляндецъ Генрихъ Петтиненъ, 15 л. Умеръ 26 Ноября. Бугорки въ легкихъ, печени, селезенкѣ, почкахъ и кишкахъ. Микроскопическое изслѣдованіе. Капсула пропитана инфильтраціей лимфоидныхъ клѣтокъ; сосуды растянуты, какъ-бы тромбозированы, такъ какъ въ одномъ перерѣзанномъ вдоль сосудѣ, сильно набитомъ красными шариками, виднѣется въ центрѣ небольшой островокъ бѣлыхъ шариковъ, расположенныхъ, вѣроятно, на противоположной неперерѣзанной стѣнкѣ, закрытой въ полѣ зрѣнія микроскопа слоемъ кровяныхъ клѣтокъ. Вокругъ сосудовъ замѣтна усиленная инфильтрація. Сейчасъ же подъ капсулой замѣчается сильная гиперемія; капилляры какъ поперегъ перерѣзанные, такъ и продольные, идущіе вглубь органа, сильно расширены; по направленію продольныхъ сосудовъ замѣчается внѣ стѣнокъ ихъ масса разбросанныхъ красныхъ кровяныхъ клѣтокъ и свободный пигментъ. Клѣточные же паренхимные элементы какъ корковаго, такъ и мозговаго вещества, почти неизмѣнены. Только въ zona glomerulosa они замѣтно атрофированы, сжаты, такъ какъ мѣстами

видимо не выполняютъ всего пространства шаровъ или клубковъ, образованныхъ соединительной тканью и оставляютъ по периферіи просвѣтъ не занятаго мѣста. Мѣстами въ паренхимѣ органовъ попадаются небольшіе островки грануляцій. Въ нѣкоторыхъ участкахъ различныхъ препаратовъ этого случая замѣчается мутное набуханіе клѣточныхъ элементовъ въ zona gromerulosa и zona fasciculata корковаго вещества, выражающагося въ неясныхъ контурахъ ядеръ и зернистости протоплазмы.

3) Протоколъ 259 изъ Обуховской больницы. Крестьянская дѣвица Надежда Филиппова, 79 лѣтъ, умерла 26 іюня. Бугорки найдены въ легкихъ, pericardium, печени, селезенкѣ, почкахъ и кишкахъ. Микроскопическое изслѣдованіе. Капсула утончена, мѣстами инфильтрирована грануляціонною тканью; послѣдняя распространяется и на окружающую органъ клѣтчатку. Сосуды крупные съ утолщенными стѣнками; кровяные шарики въ нѣкоторыхъ сосудахъ заключены въ петлистую сѣть свернувшагося фибрина. Въ zona glomerulosa съ различной ясностью усматриваются атрофированные клѣточные элементы, мѣстами подвергшіеся жировому перерожденію. Жировое перерожденіе особенно значительно развито въ zona fasciculata, причемъ ядра совершенно невидны, а протоплазма зерниста и даетъ нѣкоторый блескъ. Въ мозговомъ веществѣ попадаются довольно значительные участки съ развитіемъ грануляцій по преимуществу вокругъ сосудовъ. Другихъ измѣненій не найдено.

4) Протоколъ № 474 изъ Обуховской Больницы. Мѣщанинъ Георгъ Ремгельдъ, 51 года. Умеръ 15 декабря. Бугорки въ легкихъ и туберкулезныя язвы въ кишкахъ. Микроскопическое изслѣдованіе. Капсула мѣстами сильно утолщена и инфильтрирована лимфоидными тѣльцами различной формы и величины: круглыми, веретенообразными и переходной формы отъ круглой къ вертено-

образной соединительнотканной клѣткѣ. Сосуды расширены и набиты кровяными клѣтками до такой степени, что трудно отличить контуры отдѣльныхъ клѣтокъ. Мѣстами въ оболочкѣ замѣчаются гемморарги́ческіе фокусы по сосѣдству съ сильно расширенными и набитыми сосудами. Въ z. glomerulosa корковаго вещества болѣе рѣзко выраженная инфильтрація лимфоидными элементами, черезъ что трудно распознается клубковидное строеніе его. Сосудовъ въ этомъ слоѣ попадается мало. Въ трубчатомъ слоѣ замѣчается расширеніе промежуточнаго вещества, въ которомъ на значительныхъ участкахъ расположены цугами веретенообразныя грануляціонныя клѣточки. Клѣточные элементы самой ткани, находящіеся между сильно расширеннымъ промежуточнымъ веществомъ, зачастую оказываются патологически измѣненными: замѣчается помутнѣніе ихъ, неясная очерченность ядеръ, зернистость протоплазмы; сморщенность и угловатость формы клѣтокъ. Тамъ же гдѣ промежуточное вещество мало измѣнено, форменные элементы железы вполнѣ сохранены. Въ ретикулярномъ слоѣ корковаго вещества и въ мозговомъ сама ткань мало измѣнена, но капилляры представляются значительно расширенными; вокругъ большихъ сосудовъ располагается мелкоклѣтчатая инфильтрація въ незначительныхъ размѣрахъ и кое-гдѣ.

Такую же приблизительно микроскопическую картину представляютъ и многіе другіе случаи, только въ нихъ патологическіе процессы иначе комбинированы и иной силы и степени развитія. Грануляціонная инфильтрація, напримѣръ, появляется иногда въ такой степени, что она значительно преобладаетъ надъ паренхимными клѣточными элементами, а въ другихъ случаяхъ она попадается только вокругъ большихъ сосудовъ и то въ небольшомъ количествѣ. Собственно, инфильтрація есть продуктъ воспаленія того или другаго характера, и смотря,

въ какомъ стадіи застаемъ воспалительный процессъ,— мы и встрѣчаемъ инфильтрацію то болѣе, то менѣе выраженную. По случаю же того, что мы встрѣчаемъ инфильтрацію различной степени преимущественно въ капсулѣ и въ наружномъ слоѣ корковаго вещества, то изъ этого можно заключить, что воспалительный процессъ въ надпочечныхъ железахъ при общемъ туберкулезѣ появляется въ началѣ въ периферіи органа, а затѣмъ уже по усиленію процесса онъ проникаетъ постепенно отъ периферіи къ центру. При этомъ воспалительному процессу прежде всего подвергается промежуточное вещество, а послѣ уже переходитъ и на клѣточные элементы. Жировое перерожденіе также то появляется кое-гдѣ, а то занимаетъ большіе участки; такъ и развитіе соединительной ткани и различной степени геморрагіи и прочія патологическія измѣненія. Только въ двухъ или трехъ железахъ отъ различныхъ случаевъ, кромѣ незначительныхъ измѣненій въ сосудахъ вслѣдствіе застоя венознаго, нельзя было подмѣтить какихъ-либо аномальныхъ явленій; остальныя железы такъ или иначе были патологически измѣнены.

Нельзя, кстати здѣсь не упомянуть о томъ подмѣченномъ мною фактѣ, что степень измѣненій въ надпочечныхъ железахъ не всегда соотвѣтствуетъ силѣ распространенія туберкулезнаго процесса въ организмѣ. Такъ мы видимъ въ приведенныхъ выше микроскопическихъ картинахъ, что въ первомъ, напримѣръ, случаѣ железы гораздо болѣе отступаютъ отъ нормы, а въ двухъ послѣдующихъ случаяхъ мы видимъ еще клѣточные элементы болѣе или менѣе сохранившимися, между тѣмъ какъ туберкулезъ въ первомъ приведенномъ примѣрѣ ограничивается локализаціей въ легкихъ и кишкахъ, въ то время какъ въ двухъ послѣдующихъ случаяхъ туберкулезный процессъ распространился чуть не по всему

организму. Такая непропорціональность въ силѣ развитія процессовъ между общей инфекціей организма и мѣстнымъ заболѣваніемъ надпочекъ, мнѣ кажется, зависитъ отъ того, какимъ путемъ вызвано пораженіе въ надпочечныхъ железахъ при общей туберкулезной инфекціи, путемъ ли отдаленнымъ, метастатическимъ, черезъ кровеносную систему, или кратчайшимъ путемъ черезъ лимфатическую систему, per confimifafem отъ сосѣднихъ зараженныхъ участкахъ. Въ первомъ случаѣ, хотя туберкулезный процессъ значительно распространенъ по организму, въ отдаленныхъ отъ мѣста зараженія органахъ можетъ обнаружиться весьма слабая патологическая картина; между тѣмъ какъ во второмъ случаѣ, гдѣ заболѣваніе органа происходитъ путемъ непосредственнаго зараженія per continuitatem, черезъ лимфатическую систему естественнымъ образомъ патологическая картина можетъ выразиться въ болѣе рѣзкой формѣ.

Что же касается до распредѣленія пигмента въ кожѣ при туберкулезѣ, то объ этомъ нужно сказать слѣдующее.

Изъ всѣхъ 32 случаевъ я не нашелъ усиленнаго и неправильно расположеннаго пигмента только въ 7, а въ остальныхъ 25 въ нѣкоторыхъ рѣзко, а въ нѣкоторыхъ все-таки довольно ясно была выражена та аномалія пигментаціи кожи, которая извѣстна у дерматологовъ подъ именемъ cloasma caehecficorum. Пигментъ всегда располагался въ нижнемъ ряду мальпигіева слоя, а въ болѣе рѣзкихъ случаяхъ онъ занималъ нѣсколько рядовъ производящаго слоя, иногда встрѣчался даже и въ соединительной ткани сосочковаго слоя. Распредѣленіе пигмента было неравномѣрно въ одномъ и томъ же кускѣ кожи: то онъ на извѣстномъ протяженіи тянулся въ видѣ тонкаго пояса, занимая одинъ рядъ производящаго слоя, то эта полоса прерывалась затѣмъ, чтобы тотчасъ же или вскорѣ снова начаться болѣе толстымъ поясомъ, то на

нѣкоторомъ протяженіи пигментъ этотъ скоплялся въ различныя неправильныя кучки. Здѣсь также подмѣчается отчасти тотъ фактъ, что сила развитія пигмента въ кожѣ невсегда соотвѣтствуетъ силѣ распространенія туберкулезнаго процесса. Въ случаѣ вышеописанномъ (протоколъ 259), хотя туберкулезный процессъ былъ констатированъ во многихъ органахъ, а пигмента въ кожѣ было обнаружено очень мало, и то благодаря, можетъ быть тому обстоятельству, что данному субъекту было 79 лѣтъ; а нѣкоторыми дерматологами дознано, что въ старческіе годы зачастую развивается аномалія пигментаціи въ кожѣ, независимо отъ туберкулеза и другихъ кахектическихъ болѣзней.

Изучая микроскопическіе препараты надпочечныхъ железъ и кожи и сопоставляя ихъ вмѣстѣ, невольно наталкиваешься на тотъ фактъ, что въ большинствѣ случаевъ, гдѣ въ надпочечныхъ железахъ имѣется сильная грануляціонная инфильтрація инфекціоннаго или просто воспалительнаго характера съ значительнымъ измѣненіемъ сосудовъ, или значительное расширеніе капилляровъ, въ особенности сопровождаемое геморрагіями и свободнымъ внѣ сосудовъ находящимся пигментомъ, тамъ съ большею вѣроятностью можно ожидать найти усиленное и неправильное распредѣленіе пигмента въ кожѣ. Если же не во всѣхъ случаяхъ съ подходящими признаками въ надпочечныхъ железахъ мнѣ удавалось находить усиленную пигментацію кожи, то это нисколько не подрываетъ связи между интересующими насъ патологическими процессами, такъ какъ окрашиваніе кожи появляется очень медленно и постепенно, и является только въ то время, когда болѣзнь, вызывающая его, значительно подвинулась впередъ, и если больной умираетъ, прежде чѣмъ эта окраска появится и достигнетъ высокой степени, то ее можетъ или совсѣмъ не быть, или по значитель-

ности ее легко проглядѣть. (Нимейръ, Труссо).

И такъ на основаніи всего вышеизложеннаго можно заключить, что съ одной стороны при туберкулезѣ заболѣванія надпочечныхъ железъ встрѣчаются довольно часто, а съ другой стороны пигментація кожи при той же болѣзни далеко не составляетъ рѣдкости.

Причины частой заболѣваемости надпочечныхъ железъ, по моему мнѣнію, заключаются въ томъ, что онѣ по своему анатомическому положенію занимаютъ такое мѣсто, гдѣ и при нормальномъ состояніи организма оттокъ крови затруднителенъ, а при нарушеніи питанія и растройствѣ кровообращенія, обычныхъ спутникахъ туберкулеза, являются новыя условія для затрудненія оттока крови, вслѣдствіе чего въ надпочечныхъ железахъ часто образуется венозный застой. Въ частяхъ же, пораженныхъ венознымъ застоемъ, легко развиваются воспалительныя явленія отъ самыхъ незначительныхъ причинъ. *) Вотъ причина почему и въ моихъ препаратахъ надпочечныхъ железъ часто усматриваются различнаго рода и степени воспалительные процессы. Различнаго рода дегенеративные процессы, которые мною также были отнесены къ довольно частымъ заболѣваніямъ надпочечниковъ, суть явленія послѣдующія. При воспалительныхъ эксудативныхъ процессахъ происходитъ такъ называемый воспалительный отёкъ, при которомъ трансудація кровяной жидкости достигаетъ такихъ размѣровъ, что жидкость эта не успѣваетъ уноситься лимфатическими путями, задерживается въ промежуточныхъ пространствахъ вмѣстѣ съ лимфоидными элементами, промежуточныя пространства сильно растягиваются и вмѣстѣ съ расширенными сосудами сдавливаютъ находящіеся между ними клѣточные паренхимные элементы

---

*) *Ивановскій.* L. c. стр. 15-я.

органа. *) Кромѣ этой причины клѣточные элементы подвергаются атрофіи и перерождаются вслѣдствіе застоя, получая мало питательнаго матеріала. А такъ какъ воспалительные процессы и венозный застой часто появляются въ надпочкахъ, то и регрессивныя формы заболѣванія (атрофіи, перерожденія) не должны составлять рѣдкости при туберкулезѣ. Попадались нерѣдко въ надпочкахъ гемморрагіи (per diapedesin) вслѣдствіе того же венознаго застоя и высокихъ степеней воспаленія.

Описывать каждый препаратъ въ отдѣльности я не счелъ удобнымъ, такъ какъ пришлось бы при описаніи ихъ постоянно повторяться, а потому я ограничился только тѣмъ, что, продемонстрировавъ всѣ свои 32 случая многоуважаемому профессору Н. П. Ивановскому, дѣлалъ изъ нихъ выводы, слегка и вообще касаясь ихъ описанія.

Конечно, на основаніи незначительнаго матеріала можно только съ нѣкоторою вѣроятностью полагать, что существуетъ какая-то пригинная связь между состояніемъ надпочечныхъ железъ при туберкулезѣ и пигментацій кожи, но утверждать эту связь можно будетъ только тогда, когда такіе же выводы можно будетъ сдѣлать на основаніи многочисленныхъ наблюденій, удачно проведенныхъ экспериментальнымъ путемъ. А это, я полагаю, съ успѣхомъ можно провести только тогда, когда въ будущемъ хорошо познакомятся съ физіологическимъ отправленіемъ надпочечныхъ железъ.

Въ настоящее же время безъ знанія той роли въ организмѣ, которая предназначена надпочечнымъ железамъ, невозможно браться за объясненіе связи между означенными заболѣваніями при туберкулезѣ. Разрѣше-

---

*) Онъ же. L. c. стр. 79-я

ніе этого вопроса, мнѣ кажется, вполнѣ зависитъ отъ объясненія Аддисоновой болѣзни. Если разрѣшится вопросъ по Аддисоновой болѣзни въ положительномъ смыслѣ, то разрѣшится самъ собою въ томъ же смыслѣ и насъ интересующій въ настоящее время вопросъ. Такъ или сякъ разрѣшится этотъ вопросъ, но во всякомъ случаѣ это дѣло далекаго будущаго.

Но теперь при современномъ состояніи науки, по моему мнѣнію, можно только доставлять по возможности разработанный матеріалъ для будущаго заключенія.

Въ видѣ такого матеріала я желалъ представить и свою работу, но насколько въ выполненіи этой задачи я достигъ своей цѣли, предоставляю судить читателямъ.

Въ заключеніе приношу искреннюю мою благодарность многоуважаемому профессору Николаю Петровичу Ивановскому за предложенную мнѣ тему и полезные совѣты.

Списокъ умершихъ туберкулезныхъ больныхъ взятыхъ какъ матеріалъ для изслѣдованія.

ОБУХОВСКАЯ БОЛЬНИЦА.

1) № 239. Крестьянинъ Николай К—въ, 24 л. Tuberculosis chronica pulmonum, laryngis, gland. lymph, trach. et intestinorum.

2) № 259. Крестьянская дѣвица Надежда Ф—ва, 79 л. Tuberculosis pulm. chron. Pericarditis adhaesiva et tuberculosa Tuberculosis intestinorum, hepatis et lienis. Nephritis chron. Pyelitis calculosa. Gastritis chron.

3) № 400. Солдатская вдова Наталья О — ва, 56 л. Pneumonia interst. chron. dupl. tuberc. Ulcera tuberculosa intestinorum Cholelithiasis.

4) № 414. Крестьянская вдова Екатерина С—ва, 39 л. Pneum. chr. interst. Tuberculosis pulmonum. Cavernae. Cirrhosis hepatis. Ulcera tuberculosa intestinorum. Pleuritis suppurativa dextra.

5) № 415. Солдатская вдова Дарья Б—ва, 76 л. Pneumonia chr. interst. Cavernae. Tuberculosis pulmonum. Pleuritis duplex. Hepatitis interst. Nephritis interst. Ulcera tuberc. intestinorum.

6) № 432. Финляндецъ Юліусъ Л—нъ, 49 л. Pneumonia chr. interst. Tuberculosis pulmonum. Cavernae. Cirrhosis hepatis. Ulcera tuberc. intestin.

7) № 434. Жена унтеръ-офицера Юлія Г — ва, 46 л. Pneum. interst. chr. duplex. Tuberculosis pulmonum. Ulcera tuberculosa intestinorum.

8) № 435. Крестьянская дѣвица Прасковья П—ва, 27 л. Pneum. chron. tuberculosa duplex. Pleuritis tuberc. acuta. Colitis chron. Ulcera tuberc. intestin.

9) № 440. Мѣщанская дѣвица Александра П—ва, 31 г. Tubercul. chron. pulmonum, lienis, renum et intestin. Pneum. interst. chr.

10) № 441. Сынъ священника Михаилъ Л — въ, 28 л. Pneum. chr. interst. Tuberculosis pulmon. Cavernae. Ulcera tuberc. intest.

11) № 442. Крестьянка Пелагея З — ва, 19 л. Pneum. interst. chr. Tuberculosis pulmonum et intestinorum.

12) № 443. Финляндецъ Генрихъ П—нъ, 15 л. Tuberc. pulmon., hepatis, lienis, renum, intestinorum. Peritonitis acuta tuberculosa.

13) № 448. Крестьянинъ Николай З—въ, 36 л. Pneum. interst. chr. et tuberc. duplex. Tuberculosis piae matris basis cerebri. Ulcera tuberc. intestin. Colitis purulenta catarrh.

14) № 456. Крестьянинъ Владиміръ Н—въ, 24 л. Pneum. tuberc. chron. et catarrh. acuta duplex lobi inferioris. Ulcera tuberc. intestin.

15) № 457. Крестьянинъ Николай Б—въ, 28 л. Pneum. chron. interst. Tuberc. pulmonum. Ulcera tuberc. intestin.

16) № 460. Крестьянинъ Василій П—скій, 17 л. Pneum. chron. interst. Tuberculosis pulmonum. Pleuritis exudativa duplex. Nephritis interst. Ulcera tuberc. intestin.

17) № 464. Крестьянинъ Евсевій М—въ, 19 л. Pneum. chr. interst. Tuberc. pulmonum.

18) № 465. Мѣщанинъ Карлъ Т—къ, 32 л. Pneum. chr. interst. Tuberculosis pulmonum. Cavernae. Ulcera tuberc. coeci.

19) № 467. Крестьянинъ Семенъ Б—въ, 21 г. Pneumon. chr. interst. Tuberc. pulmonum. Cavernae. Pericarditis exsudativa. Colitsi chr. polypsa. Ulcera tuberc. intestin.

20) № 470. Мѣщанинъ Иванъ Л — нъ, 42 л. Pneumon. chr. interst. Tuberc. pulmonum. Cavernae. Hepatitis interst. Ulcera tuberc. intestin.

21) № 471. Мѣщанинъ Алексѣй А — въ, 39 л. Pneum. chron. interst. Tuberc. pulmonum. Ulcera tuberculosa coeci.

22) № 473. Крестьянинъ Петръ Ш — въ, 12 л. Pneum. chr. interst. Tuberculosis pulmonum. Pleuritis chr. sin. Perihepatitis et Hepatitis. Infarct. lienis. Ascites.

23) № 474. Мѣщанинъ Георгъ Р—дъ, 51 г. Pneum. chr. interst. Tuberc. pulmonum. Cirrhos hepatis. Ulcera tuberc. intestin. Ascites.

24) № 483. Мѣщанинъ Александръ А—въ, 56 л. Pneum. chron. interst. Tuberc. pulmon. Ulcera tuberc. intestinorum.

25) № 484. Мѣщанинъ Дмитрій Г — въ, 28 л. Pneum. chr. interst. Tuberc. pulmon. et intestinorum. Hepatitis interst. Nephritis interst. Ascites.

26) № 486. Мѣщанинъ Иванъ В—въ, 40 л. Pneum. interst. chr. Tuberculosis pulmon. Ulcera tuberc. intestin.

27) № 487. Запасной унтеръ-офицеръ Платонъ Ф — въ. Tuberculosis pulmonum. Ulcera tuberc. intestinorum.

ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКІЙ КАБИНЕТЪ АКАДЕМІИ.

28) № 103. Отставной капитанъ Александръ Т—въ, 51 г. Pneum. chr. interst. Tuberculosis pulmonum. Cavernae. Pleuritis adhaesiva chr. duplex. Arterio-sclerosis.

29) № 111. Рядовой Осипъ Р—скій, 22 л. Pleuritis suppurativa dextra. Tuberculosis pulmonum. Ulcera tuberc. intestinorum.

30) № 114. Крестьянинъ Федоръ А—въ, 28 л. Tuberculosis pulmonum. Ulcera laryngis. Cavernae. Ulcera tuberc. intestin.

31) № 121. Жена отставнаго унтеръ-офицера Елена У—на, 53 л. Pericarditis. Arterio-sclerosis. Cavernae. Tuberculosis pulmonum. Ulcera tuberc. intestin.

32) № 36. (1889 г.) Митавскій гражданинъ Юліусъ А—нъ, 46 л. Tuberculosis pulmonum. et intestinorum. Cavernae. Pleuritis adhaesiva chron. duplex.

Положенія.

1. Надпочечныя железы при туберкулезѣ подвергаются заболѣваніямъ весьма нерѣдко.

2. Одно изъ золъ земской медицины составляетъ широкая самостоятельная, трудно поддающаяся контролю, дѣятельность такъ называемыхъ пунктовыхъ фельдшеровъ.

3. Кожевенные заводы, расположенные по ручьямъ и рѣкамъ, составляютъ непріятное и нежелательное въ гигіеническомъ отношеніи сосѣдство для окружающихъ жителей.

4. Врачи, поступающіе на земскую службу, должны гарантировать себя контрактами.

5. Однимъ изъ способовъ распространенія инфекціонныхъ болѣзней среди крестьянъ является скупка и перевозка тряпья.

6. Дурная гигіеническая обстановка сельскихъ школъ служитъ зачастую разсадникомъ эпидемическихъ заболѣваній среди окружающаго крестьянскаго населенія.

Curriculum vitae.

Владиміръ Евгеніевичъ Колтыпинъ, сынъ чиновника, православнаго вѣроисповѣданія, родился въ городѣ Твери въ 1851 году. Среднее образованіе получилъ въ московской 1-й гимназіи, гдѣ и окончилъ курсъ въ 1871 г. Въ томъ же году поступилъ въ Московскій Университетъ, на медицинскій факультетъ. Дипломъ на званіе лекаря получилъ въ 1876 году. Въ 1877 году поступилъ на службу земскимъ врачемъ въ Корчевской уѣздъ, Тверской губерніи. Въ 1882 году назначенъ уѣзднымъ врачемъ въ тотъ же уѣздъ. Въ 1888 году, какъ уѣздный врачъ, былъ командированъ въ Военно-Медицинскую Академію для научнаго усовершенствованія, со дня прикомандированія былъ назначенъ сверхштатнымъ младшимъ медицинскимъ чиновникомъ при Медицинскомъ Департаментѣ Министерства Внутреннихъ Дѣлъ. Въ томъ же 1888 году выдержалъ экзаменъ на степень доктора медицины.